

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2019.03.009

疏肝利胆汤联合 ERCP 治疗胆源性胰腺炎的临床观察

王鄂明

南阳市南石医院普外科, 河南南阳 473000

胆源性胰腺炎属于常见的消化系统疾病,患者多伴有恶心、呕吐、腹痛及血、尿淀粉酶升高等表现,其发生率约占急性胰腺炎的 50% 以上,对患者生命健康构成较大威胁。内镜逆行性胆胰管造影(endoscopic retrograde cholangio-pancreatography, ERCP)为本病的常用治疗方法,能快速缓解症状,解除胆胰管梗阻。近年来,越来越多研究表明中医药在治疗胆源性胰腺炎中效果确切,有利于改善患者临床症状及胰腺功能^[1]。鉴于此,本研究观察疏肝利胆汤联合 ERCP 治疗胆源性胰腺炎的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2017 年 1 月—12 月于本院治疗的胆源性胰腺炎患者 114 例,依据随机数表法将其分为对照组和观察组,每组 57 例。观察组,其中男 35 例,女 22 例;年龄 35~76 岁,平均年龄(51.87±5.03)岁;病程 2~45 h,平均病程(20.10±3.72)h;重症胰腺炎 5 例,水肿型胰腺炎 52 例。对照组,其中男 32 例,女 25 例;年龄 37~75 岁,平均年龄(51.92±4.98)岁;病程 1~43 h,平均病程(19.68±3.74)h;重症胰腺炎 3 例,水肿型胰腺炎 54 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①西医诊断符合《重症急性胰腺炎诊治指南》^[2]中相关标准,中医诊断符合《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见》^[3]中肝胆湿热证型,主症:发热、腹痛、腹胀、呕吐;次症:口干、胸闷、头晕目眩、食欲不振;舌脉:苔黄腻、舌红、脉滑数;②B 超检查见胆管系统扩张或梗阻;③实验室检查血清淀粉酶、尿淀粉酶含量上升;④可耐受疏肝利胆汤、ERCP 治疗。

排除标准:伴有心、脑血管疾病或血液系统疾病;存在出血倾向;严重肝、肾功能不全;无法积极遵医嘱治疗,或无法完成随访者。

1.3 治疗方法

对照组接受 ERCP 治疗:患者取平卧位,待全麻

满意后,将十二指肠镜插入,将镜经食管、胃送至十二指肠降部,对十二指肠乳头进行确认,随后调整镜身角度,待逆行胆管插管完成后注入造影剂,于 X 线下观察胆总管走行、直径及胆总管结石分布、大小及数量等,依据能否顺利取出判断是否实施括约肌切开术;针对结石直径小、数量少、伴有凝血功能障碍等不适合行括约肌切开术者,可实施乳头球囊扩张取石术。

观察组于对照组基础上加用疏肝利胆汤治疗,方药组成:金钱草 30 g,焦山栀 10 g,郁金 10 g,枳壳 10 g,薄荷 6 g,元胡 10 g,白芍 15 g,川楝子 10 g,炙甘草 6 g,海金沙 10 g,柴胡 6 g;1 剂/d,水煎取汁 400 ml,分 2 次口服,连续治疗 2 个月。

1.4 观察指标与疗效评价标准

依据治疗 2 个月后临床症状改善及淀粉酶含量变化情况评估 2 组临床疗效:淀粉酶含量恢复正常,临床症状消失为治愈;淀粉酶水平恢复正常,临床症状基本消失或显著改善为显效;淀粉酶含量有所下降,临床症状改善轻微为有效;未达到上述标准为无效。总有效率=[(治愈+显效+有效)例数/总例数]×100%。

检测并记录 2 组治疗前后血清淀粉酶、尿淀粉酶含量。将中医证候主症(发热、腹痛、腹胀、呕吐)、次症(口干、胸闷、头晕目眩、食欲不振)、舌脉(苔黄腻、舌红、脉滑数)依据重、中、轻、无程度分别计为 3、2、1、0 分,统计 2 组中医证候积分。治疗后随访 12 个月,统计 2 组复发率。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件分析处理数据,计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床总有效率及复发率比较

与对照组相比,观察组总有效率显著升高($P<0.05$),复发率显著降低($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者总有效率及复发率比较($n=57$, 例, %)

组别	临床疗效				总有效率	复发率
	治愈	显效	有效	无效		
对照组	17	15	13	12	45(78.95)	8(14.04)
观察组	20	18	15	4	53(92.98) [△]	2(3.51) [△]

与对照组比较[△] $P<0.05$

2.2 2 组淀粉酶含量及中医证候积分比较

治疗前, 2 组血清淀粉酶、尿淀粉酶含量及中医证候积分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 治疗后, 2

组血清淀粉酶、尿淀粉酶含量及中医证候积分均较治疗前降低($P<0.05$), 且观察组显著低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者淀粉酶含量及中医证候积分比较($n=57$, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	血清淀粉酶(U/L)	尿淀粉酶(U/L)	中医证候积分(分)
对照组	治疗前	1736.95 $\pm$ 361.05	1916.57 $\pm$ 324.14	16.35 $\pm$ 2.14
	治疗后	89.41 $\pm$ 32.16 [*]	374.97 $\pm$ 68.48 [*]	7.10 $\pm$ 1.58 [*]
观察组	治疗前	1737.14 $\pm$ 359.84	1915.07 $\pm$ 325.11	16.29 $\pm$ 2.20
	治疗后	54.17 $\pm$ 12.95 ^{*△}	329.41 $\pm$ 45.04 ^{*△}	3.76 $\pm$ 1.24 ^{*△}

与治疗前比较^{*} $P<0.05$; 与对照组比较[△] $P<0.05$

3 讨论

胆源性胰腺炎多由胆囊结石、肝内外胆管结石、胆道感染等引起, 病情轻者多伴有胰腺间质水肿, 病情严重者可出现胰腺出血、坏死, 临床病死率较高。胆源性胰腺炎发病急促、病情变化快; 常规开腹手术虽有利于将病灶切除, 但经临床实践发现, 开腹手术患者预后较差, 往往难以取得良好的远期疗效^[4]。

近年来, ERCP 逐渐被应用于胆源性胰腺炎的诊治。ERCP 可立体观察患者胰管、胆管系统, 获取更为清晰、直观的图像, 有利于手术顺利完成, 并降低术后复发风险^[5]。赵露等^[6]分析了 ERCP 用于胆源性胰腺炎治疗的临床疗效, 结果得出, 胆源性胰腺炎患者早期行 ERCP 治疗有利于促进患者术后恢复, 缩短住院时间。中医认为, 胆源性胰腺炎归属于“胁痛”、“腹痛”范畴, 辨证多为肝胆湿热型, 其病机主要为气机郁滞, 湿热蕴结, 肝胆失于疏泄而致痛发病, 故临床治疗当以疏肝利胆为主, 并兼清热利湿。疏肝利胆汤方中郁金、川楝子、枳壳、元胡、柴胡疏肝理气; 海金沙、金钱草利胆排石; 白芍养血柔肝; 薄荷、焦山栀清热泻火; 甘草调和诸药; 诸药合用共奏清热利湿、疏肝利胆之功。本研究结果显示, 观察组总有效率、复发率及血、尿淀粉酶含量和中医证候积分均优于对照组, 提示与单纯应用 ERCP 相比, ERCP 联合疏肝利胆汤有利于调节胆源性胰腺炎患者血、尿淀粉酶水平, 调节

胰腺分泌, 缓解临床症状, 减少复发。

综上所述, 疏肝利胆汤联合 ERCP 治疗胆源性胰腺炎可有效改善患者临床症状, 降低复发率, 值得临床推广应用。

参 考 文 献

[1] 周一鸣. 中西医结合治疗急性胆源性胰腺炎的临床观察[J]. 中国中医急症, 2016, 25(1): 161-162.

[2] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 重症急性胰腺炎诊治指南[J]. 中华外科杂志, 2007, 45(11): 727-729.

[3] 中华中医药学会脾胃病分会. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 临床肝胆病杂志, 2017, 33(11): 2052-2057.

[4] 朱宇飞, 吴涛, 徐健, 等. 腹腔镜手术与开腹手术对重症急性胰腺炎外周血 T 淋巴细胞亚群的影响比较[J]. 河北医学, 2017, 23(3): 387-390.

[5] Imam S, Islam MN, Khan NA, et al. Magnetic resonance cholangiopancreatography(MRCP) evaluation of obstructive jaundice in comparison with endoscopic retrograde cholangiopancreatography(ERCP)[J]. Mymensingh Med J, 2017, 26(2): 420-425.

[6] 赵露, 张丙印, 刘丹青. 急性胆源性胰腺炎 ERCP 干预时机探讨及预后分析[J]. 西南国防医药, 2016, 26(2): 132-134.

(收稿日期: 2019-03-08)